



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**ARETUSA DELFINO DE MEDEIROS**

**CUIDADOS PALIATIVOS E TERMINALIDADE: PERCEPÇÃO DE PACIENTES DIANTE DA  
IMPOSSIBILIDADE DE CURA**

**JOÃO PESSOA - PB  
AGOSTO - 2019**

ARETUSA DELFINO DE MEDEIROS

**CUIDADOS PALIATIVOS E TERMINALIDADE: PERCEPÇÃO DE PACIENTES DIANTE DA  
IMPOSSIBILIDADE DE CURA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada à  
Coordenação da Especialização em Cuidados Paliativos, do  
Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da  
Paraíba, como exigência para obtenção do título de  
Especialista em Cuidados Paliativos.

Orientadora: Dra Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

**JOÃO PESSOA - PB  
AGOSTO -2019**

## FOLHA CATALOGRÁFICA

M488c Medeiros, Aretusa Delfino de.

CUIDADOS PALIATIVOS E TERMINALIDADE: PERCEPÇÃO DE  
PACIENTES DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE CURA / Aretusa  
Delfino de Medeiros. - João Pessoa, 2019.

28 f. : il.

Orientação: Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa  
Feitosa.

Coorientação: Leila de Cássia Tavares da Fonseca  
Fonseca, Iolanda Beserra da Costa Santos Santos, Ana  
Mabel Supino Felisberto Felisberto.

TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Cuidados Paliativos; Paciente terminal. I. Feitosa,  
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa. II. Fonseca,  
Leila de Cássia Tavares da Fonseca. III. Santos,  
Iolanda Beserra da Costa Santos. IV. Felisberto, Ana  
Mabel Supino Felisberto. V. Título.

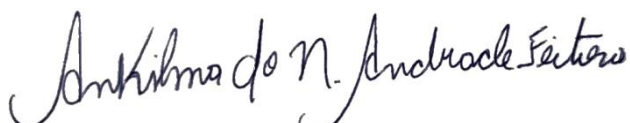
UFPB/BC

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação da Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Apresentado em: 29/ 08/ 2019

### BANCA EXAMINADORA



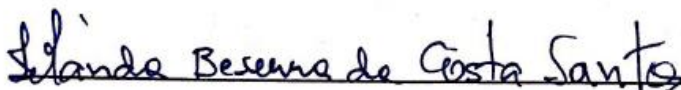
---

Profa Dra Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa  
Orientadora



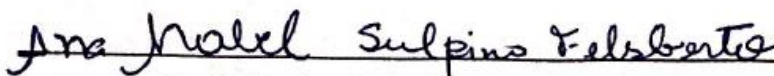
---

Profa Dra Leila de Cássia Tavares da Fonseca  
Membro Titular



---

Profa Dra Iolanda Beserra da Costa Santos  
Membro Titular



---

Profa Ms Ana Mabel Supino Felisberto  
Membro Suplente

## **CUIDADOS PALIATIVOS E TERMINALIDADE: PERCEPÇÃO DE PACIENTES DIANTE DA IMPOSSIBILIDADE DE CURA**

## **PALLIATIVE CARE AND TERMINALITY: PATIENT'S PERCEPTION FACING UP TO THE IMPOSSIBILITY OF CURE**

## **CUIDADOS PALIATIVOS Y TERMINALIDAD: PERCEPCIÓN DE PACIENTES ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE CURA**

### **RESUMO**

Objetivo: Investigar a percepção de pacientes terminais em cuidados paliativos diante da impossibilidade de cura. Métodos: Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, realizada em uma Unidade de Cuidados Paliativos de um hospital na cidade de Patos, Paraíba, Brasil. Participaram do estudo, dez pacientes internos da referida unidade. Para a coleta dos dados, utilizou-se uma entrevista semiestruturada. O material empírico foi analisado a partir da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Resultados: Evidenciaram-se duas categorias temáticas: “Medo e sofrimento diante da proximidade da morte, sensação de impotência e valorização da vida” e “Importância da assistência paliativa no hospital e apoio familiar”. Conclusão: O estudo possibilitou a compreensão e a ressignificação dos pacientes sobre a terminalidade de vida e mudança dos hábitos diários; revelou ainda que a família possui relevância enquanto suporte emocional, configurando um pilar que complementa a assistência hospitalar o que assegura a manutenção da sua qualidade de vida.

DESCRITORES: Cuidado Paliativo; Paciente Terminal; Assistência Terminal; Câncer; Morte.

### **ABSTRACT**

Objective: To investigate the perception of terminally ill patients in palliative care facing up to the impossibility of cure. Methods: This is an exploratory research of qualitative nature, performed in a Palliative Care Unit of a hospital in the city of Patos, Paraíba, Brazil. Ten internal patients of the referred unit participated in the study. For data collection, a semi-structured interview was used. The empirical material was analyzed using the Content Analysis technique proposed by Bardin. Results: There were two

thematic categories: “Fear and suffering, powerlessness and appreciation of life” and “Importance of palliative care in the hospital and family support”. Conclusion: The study made it possible for patients to understand and resignify about the terminality of life and change their daily habits. It also revealed that the family has relevance as an emotional support, configuring a pillar that complements hospital care, which ensures the maintenance of their quality of life.

DESCRIPTORS: Palliative care; Terminal patient; Terminal assistance; Cancer; Death

## **RESUMEN**

Objetivo: Averiguar la percepción de pacientes terminales en cuidados paliativos frente a la imposibilidad de cura. Métodos: Se trata de una investigación exploratoria de naturaleza cualitativa, realizada en la Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital en la ciudad de Patos, Paraíba, Brasil. Participaron del estudio diez pacientes internos de la unidad citada. Para la recolecta de datos, se utilizó una entrevista semiestructurada. El material empírico fue analizado a partir de la técnica de Análisis de Contenido propuesta por Bardin. Resultados: Evidenciaron dos categorías temáticas: “Miedo y sufrimiento ante la proximidad de la muerte, sensación de impotencia y valorización de la vida” y “Importancia de la asistencia paliativa en el hospital y apoyo familiar”. Conclusión: El estudio posibilitó la comprensión acerca de la resignificación del paciente sobre terminalidad de la vida y cambio de hábitos diarios, reveló aún que la familia posee relevancia como soporte emocional, configurando un pilar que complementa la asistencia hospitalaria, asegurando la manutención de su calidad de vida.

DESCRIPTORES: Cuidado Paliativo; Paciente Terminal; Asistencia Terminal; Cáncer; Muerte.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	MÉTODOLOGIA	10
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	19
	ANEXOS	
	ANEXO A - PARECER DO CEP	
	ANEXO B - NORMAS DA REVISTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	

## INTRODUÇÃO

É notório o avanço da ciência e da tecnologia no campo da saúde nos dias atuais, entretanto, apesar desse progresso, existem algumas situações em que a cura de uma doença não é mais possível. Neste contexto, o que fazer para aliviar o sofrimento e a dor de um paciente considerado terminal? Neste caso, entra em cena a ciência dos cuidados paliativos, que visa amenizar a dor e o sofrimento, além de ofertar uma melhor qualidade de vida para o paciente considerado terminal ou com uma doença incurável do ponto de vista humano.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas pertinentes a doenças potencialmente fatais, por meio do alívio da dor e de outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Essa modalidade de cuidar proporciona um suporte de apoio que auxilia o paciente a melhorar a qualidade de vida desde o diagnóstico até a morte, além de oferecer suporte à família durante todo o processo da doença até a fase de luto.<sup>1</sup>

Tais cuidados não são menos importantes por serem iniciados exclusivamente quando o tratamento médico não apresenta mais resultado ou quando se abdicou de recursos terapêuticos, mas também porque adotam ações ativas com abordagem especializada, com o uso adequado da tecnologia do cuidado humano, aliada às habilidades de uma equipe interdisciplinar que proporcionará uma assistência humanizada partindo-se de uma visão holística.<sup>2,3</sup>

Atualmente, existem critérios estabelecidos de recomendação para cuidados paliativos: no momento do diagnóstico; quando a doença é detectada em estágio em que a possibilidade de cura é questionável ou quando já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida, mas a doença progride.<sup>4</sup>

Nesse momento, a informação sobre sua real situação é importante para que o paciente, nesta situação, não se sinta enganado. É importante informar as etapas do



tratamento, com honestidade, estar atento para uma boa comunicação, um olhar carinhoso, um toque, um sorriso com compreensão, falar sobre a necessidade espiritual e de como essas crenças influenciam os tratamentos, são maneiras de ganhar a confiança do paciente e o alicerce na estrutura dos cuidados paliativos.<sup>5</sup>

Vale ressaltar que a filosofia dos cuidados paliativos consiste em valorizar a vida e reconhecer a morte como um acontecimento natural. A assistência paliativa é necessária para garantir que o paciente terminal viva bem, apesar da proximidade da morte. Nesse contexto, o término da terapia curativa não deve significar o final do tratamento ativo, mas uma mudança de foco no que diz respeito à abordagem terapêutica.<sup>2,6</sup>

O paciente terminal é aquele que apresenta doença irreversível, cuja morte parece algo próximo, inevitável e previsível, já que se esgotaram todas as possibilidades de resgatar as suas condições de saúde.<sup>7</sup> A fase de terminalidade é considerada um dos momentos mais difíceis para o paciente, no entanto, quando ele recebe cuidados que refletem seus valores e desejos e o auxiliam a viver da melhor maneira possível e a morrer com dignidade no lugar que escolherem — como sugere a filosofia dos cuidados paliativo —, a terminalidade se torna um processo menos angustiante.<sup>8</sup>

Considerando a importância do enfoque da terminalidade no âmbito dos cuidados paliativos e o número pouco expressivo de publicações na literatura nacional sobre o tema, surgiu o interesse de realizar um estudo que tem, como foco central, o seguinte questionamento: qual a percepção de pacientes terminais em cuidados paliativos diante da impossibilidade de cura.

Ante o exposto, o estudo tem, como objetivo: investigar a percepção de pacientes terminais em cuidados paliativos diante da impossibilidade de cura.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um setor de cuidados paliativos de um Hospital Referência em Oncologia da

cidade de Patos, Paraíba, localizada na região nordeste do Brasil.

O estudo seguiu as normas recomendados pelo *guideline* internacional para pesquisas qualitativas COREQ (Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa), o qual contempla 32 itens estabelecidos pelo *checklist* que consiste de partes específicas para relatar estudos qualitativos e exclui critérios genéricos que são aplicáveis a todos os tipos de relatos de pesquisa.<sup>9</sup>

Participaram, do estudo, dez pacientes que estiveram internados no setor de cuidados paliativos e que constituíram a amostra da pesquisa. O anonimato dos participantes foi garantido pela sua identificação com a letra “P” de paciente, seguida do numeral, de acordo com a ordem cronológica crescente da realização das entrevistas, por exemplo, P1 (Paciente 1), e assim sucessivamente. Para a seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios: pacientes em estado de lucidez, conscientes e orientados e que tivesse condições de participar da entrevista. Foram excluídos pacientes em estado grave que não possuíam acompanhantes. O quantitativo de participantes foi considerado satisfatório, visto que na pesquisa de natureza qualitativa não se valoriza o critério numérico, mas a complexidade em que o fenômeno ocorre.<sup>10</sup>

A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2019, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, com pacientes em cuidados paliativos, contemplando questões objetivas e questões subjetivas. Foi realizada no ambiente da internação em horário de maior disponibilidade dos pacientes, evitando dessa forma, interferir na assistência prestada pela equipe do setor. Foi realizada no ambiente da internação em horário de maior disponibilidade dos pacientes, evitando, dessa forma, interferir na assistência prestada pela equipe do setor. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelas pesquisadoras.

Vale ressaltar que a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria - PB conforme o parecer de nº 1235.456. Assim sendo, cumpriram-se as exigências formais dispostas na

Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos em vigor no Brasil, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido.<sup>11</sup>

O material empírico foi analisado qualitativamente por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.<sup>12</sup> No primeiro momento, as entrevistas foram transcritas e organizadas de forma a possibilitar o desenvolvimento das etapas de análise do material, seguindo as etapas da técnica, quais sejam a pré-análise, a exploração e a codificação do material, tratamento e interpretação dos resultados, assim compreendidas: pré-análise e fase da organização propriamente dita, que permite a sistematização inicial das ideias para a formulação de hipóteses e objetivos para a interpretação final.

Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante e a constituição do *corpus*; exploração do material – consistem na codificação, decomposição e enumeração, considerando as regras previamente formuladas; tratamento dos resultados e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, para posteriores inferências.

O processo da pré-análise utilizado é apresentado na Figura 1, com as etapas de todo o processo, relacionando ao objetivo do estudo, as categorias temáticas definidas e as regras utilizadas na codificação das unidades.

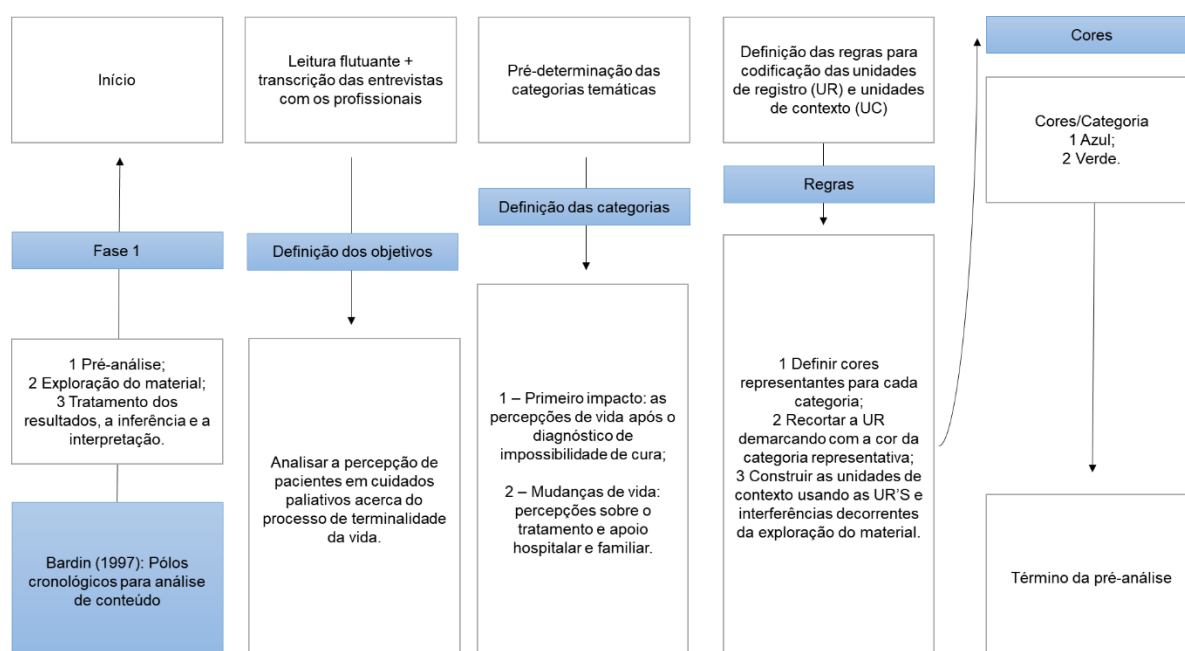


Figura 1: Fluxograma da pré-análise da pesquisa. Patos, Paraíba, Brasil, 2019

Fonte: Adaptado de Silva RS., et al.<sup>13</sup> 2018

Após a obtenção dos dados, eles foram consolidados em uma planilha do *Microsoft Excel* e organizados em um documento no programa *Microsoft Word*, segundo as questões relacionadas aos objetivos iniciais propostos. Após a leitura flutuante, o material foi ordenado em planilhas distintas de acordo com as pré-categorias temáticas, seguindo o roteiro das entrevistas, constituindo, o *corpus* da pesquisa, entendido como o conjunto de documentos expostos à análise para as inferências à luz da literatura pertinente ao tema em questão. Desse modo, foi possível a identificação de categorias a, saber: Categoria 01: Temor e sofrimento diante da proximidade da morte, sensação de impotência e valorização da vida e 02: Importância da assistência paliativa no hospital e o apoio familiar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos participantes

Dentre os dez pacientes participantes do estudo, a maioria é do sexo masculino, na faixa etária acima de 50 anos. Quanto ao estado civil, quatro são casados, um é solteiro, dois são divorciados e três mantêm união estável. A religião predominante foi a católica.

Todos os participantes da pesquisa tinham diagnóstico de câncer. Os tipos de neoplasias identificados foram: três casos de mama, dois de pulmão, dois de próstata, um de cabeça e pescoço, um de esôfago e um de reto. O tempo de diagnóstico da doença e atual situação de saúde do paciente foi variável, apresentando período entre menos de um ano para quatro participantes, de dois a cinco anos para quatro e de cinco a dez anos para dois.

Da análise do material empírico emergiram duas categorias temáticas apresentadas a seguir:

**Categoria 1: Medo e sofrimento diante da proximidade da morte, sensação de impotência e valorização da vida**

Esta categoria emergiu das falas dos participantes do estudo, em que relataram sentimento de medo e o sofrimento vivenciado após o recebimento do prognóstico da doença e da proximidade da sua finitude. Além de contemplar relatos que revelam sensação de impotência e ressignificação da vida, conforme os trechos a seguir:

*Eu tenho medo de morrer agora que eu sei que não estou mais tratando a doença. (P1)*

*Muito sofrimento, mas eu estou preparado para o fim. (P2)*

*O medo da morte e não me sentir mais útil. (P3)*

*Deixei de trabalhar e deixei de fazer outras atividades. (P4)*

*Fiquei privado de muitas coisas, começando pelo trabalho. (P5)*

*Repensei as pequenas coisas da vida, valorizando mais a saúde [...]. (P6)*

*Acabou a minha vida, eu era um vendedor ambulante e hoje não consigo pegar nem um balde de água. Mudou tudo na minha vida, deixei de fazer muita coisa e agora dou mais valor à vida [...]. (P7)*

*Deixei de realizar serviços de casa [...] não faço mais as coisas que eu fazia (P9)*

*Mudou muita coisa [...]. Eu era disposto, trabalhava de dia e de noite. Hoje, eu não consigo mais [...]. (P10)*

A maioria dos relatos apresentados refletem a percepção desses pacientes diante da impossibilidade de cura expressa pelo sentimento de medo e o sofrimento diante da proximidade da morte, como também a sensação de impotência em relação as suas atividades laborais, de modo que dois pacientes (6 e 7) mencionaram, nas suas falas, a valorização da vida.

Os depoimentos desses pacientes deixam transparecer que em decorrências às condições impostas pela enfermidade afetaram diretamente o contexto social e familiar. Dessa forma, vivenciar esse processo pode significar a privação da sociabilidade, ou seja, interrompe completamente o curso normal das suas vidas.<sup>14</sup>

Vale ressaltar que a vivência da morte varia de cultura para cultura, de família para família e de indivíduo para indivíduo, posto que a reação da ideia de aproximação da morte é diferente de uma pessoa para outra. O ser humano único é e por isto cada um manifestará e interpretará de maneira diferente dos demais.<sup>5</sup>

Ao longo do tempo a morte passou a ser vista como um tabu pela sociedade e as mortes ocorrem cada vez menos longe do contexto familiar, devido aos recursos para a manutenção da vida oferecidos por instituições, deixando de ser um evento inerente a vida. Mas, é necessário manter e apoiar os processos familiares, combatendo o sofrimento, a angústia, a revolta, as desesperanças e o medo, como forma de auxiliar o paciente em sua transcendência.<sup>15</sup>

A experiência com situações de adoecimento e morte pode, dependendo do contexto em que se dá, ser favorecedora da aceitação de nossos limites ou ser importante fonte geradora de angústia,<sup>16</sup> principalmente quando o paciente está em cuidados paliativos. Nesse sentido, o enfermo de cuidados paliativos tem muita necessidade de falar sobre sua vida, voltar ao seu passado e reavaliá-lo diante de novos valores, buscando um sentido para o seu sofrimento, para que possa viver o presente de uma forma diferente. A enfermidade grave busca, com urgência, palavras verdadeiras e respostas a profundas crises existenciais.<sup>17</sup>

Na fase de terminalidade, os profissionais de saúde devem propiciar uma assistência integral nos momentos finais da vida.<sup>18</sup> Além de respeitar o momento necessário de quem passa pelo processo de morrer.<sup>19</sup>

Logo, é de fundamental importância a atuação da equipe multiprofissional no cuidado ao paciente em fase terminal em cuidados paliativos, visto que tem, como foco central, a promoção de uma assistência humanizada que contemple os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente.<sup>20</sup>

Os cuidados paliativos buscam promover o alívio do sofrimento, focalizando a pessoa doente em lugar da doença da pessoa, porque resgata e revaloriza as relações

interpessoais no processo de morrer, com subsídios efetivos como a compaixão, a empatia, a humildade e a honestidade.<sup>21</sup>

Por conseguinte, assistir o paciente na terminalidade implica atender a outras dimensões do ser humano, que extrapolam as físicas por se tratar de uma experiência que envolve aspectos emocionais, afetivos e sensoriais, visto que estas têm relação direta com o sofrimento do doente.<sup>22</sup> Assim, o profissional de saúde poderá contribuir de modo efetivo para aliviar o sofrimento e atenuar o medo do paciente diante da proximidade da morte.

## **Categoria 2: Importância da assistência paliativa no hospital e apoio familiar**

A categoria 02 destaca relatos de pacientes em fase de terminalidade sob cuidados paliativos, com ênfase na relevância da assistência paliativa no contexto hospitalar e da importância do suporte da família para o enfrentamento dessa fase difícil de suas vidas, como mostram as falas a seguir:

*A família ajuda a aliviar a angústia e o meu medo de ficar só. (P1)*

*Esse serviço traz melhor qualidade na minha vida [...] A família me ajuda estando do meu lado, sempre me faz ter esperança de viver melhor (P3)*

*Alívio de dores [...], prefiro ficar no hospital do que em casa. Aqui, eu me sinto bem e aliviada. O suporte da minha família é o que me mantém bem e me ajuda a passar pelos dias difíceis. (P4)*

*Eu acredito que o tratamento aqui me ajuda muito para eu ter dias melhores [...] A minha companheira foi à pessoa que mais me ajudou junto da minha irmã. Não sei o que seria sem elas. (P5)*

*O alívio do cansaço me ajuda a melhorar o dia a dia [...] A minha família é meu suporte nessa caminhada (P6)*

*O meu irmão faz tudo por mim [...] eu sinto muito feliz; se não fosse ele, eu já tinha morrido. (P8)*

*Eu devia ter vindo logo 'praqui', eu melhorei muito das coisas que eu sentia. Eu me sinto muito grato a minha família. Sozinho, eu não conseguiria ter a vida que eu tenho hoje. (P10)*

Conforme os depoimentos mencionados na categoria 02, percebe-se nitidamente a valorização atribuída pelos pacientes (3,4, 5, 6 e 10) que concerne a importância da

assistência paliativa prestada no ambiente hospitalar, visto que tal assistência proporciona uma melhor qualidade de vida e controle de sintomatologia.

Os cuidados paliativos direcionados ao paciente terminal hospitalizados são fundamentais, uma vez que esta modalidade de cuidar prioriza o alívio das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa, além de integrar, a esses cuidados, as crenças, valores, práticas culturais e religiosas do paciente e de seus familiares.<sup>23</sup>

Com base nesse entendimento, a promoção dos cuidados paliativos direcionados ao paciente na fase final de vida, no ambiente hospitalar, contribuem significativamente para melhorar qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares. Estes cuidados são conceituados como um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, dispensados ao paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, desde o estado inicial até a fase final, estendendo-se à família no período de luto.<sup>24</sup>

Nessa perspectiva, estudo reforça que os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que enfrentam uma doença ameaçadora à vida, através de uma avaliação e de um tratamento adequados para o alívio da dor e dos sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual, portanto, mais do que uma opção terapêutica.<sup>25</sup>

A assistência paliativa no processo de terminalidade implica assegurar dignidade e conforto até o último minuto da vida do paciente. Para isso, é preciso que haja um ambiente acolhedor, a exemplo do hospital que ajude a minimizar as dores, a aliviar a angústia e a reduzir os danos evitáveis, decorrentes de um corpo em declínio progressivo, permitindo uma travessia serena.<sup>26</sup>

Portanto, os cuidados paliativos são essenciais por se constituir como um cuidado em que são adotadas medidas humanizadas direcionadas aos pacientes terminais e sem possibilidades de cura, tanto no início da doença quanto em sua fase final. Estes cuidados visam a atenção individualizada ao doente e sua família na busca pelo controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento, proporcionando conforto, bem-estar e auxílio das



necessidades fisiológicas.

A família, frequentemente com embargos emocionais, sociais, econômicos e culturais, é um binômio inseparável, sendo responsabilidade do enfermeiro e da equipe, o estabelecimento de parcerias e confiança.<sup>27</sup> Nesse sentido, a maioria dos pacientes participantes do estudo enfatizaram a importância do apoio familiar e serviço de saúde para ajudá-los no enfrentamento do processo da doença.

Logo, é inegável o apoio familiar durante a hospitalização do paciente terminal sob cuidados paliativos, visto que a presença de um membro da família ajuda minimizar a dor e o sofrimento, diminuindo a ansiedade e sentimentos negativos, fazendo com que ele esteja mais estável emocionalmente. Nesse enfoque, destaca-se a família como um dos principais suportes emocionais para o momento de enfrentamento da doença e a fase final de vida, configurando um pilar da assistência paliativa hospitalar.

Diante disso, é necessário que a equipe de saúde que assiste o paciente esteja disponível para lidar com a angústia experimentada pela família que acompanha o paciente durante todo o processo e que se dedica a evitar o sofrimento a qualquer custo, o que inclui, na maioria das vezes, proteger o paciente de qualquer informação que possa causar tristeza e desespero. O que se tem, então, são indivíduos, em momentos distintos de suas vidas, membros de uma mesma sociedade que resiste em admitir a realidade da morte e, por isso, fortemente afetada pela ideia no momento da constatação de que nada poderá modificar o curso da doença. A morte não é uma hipótese, mas uma verdade incontestável.<sup>28</sup>

## CONCLUSÃO

Ficou evidenciado, por meio dos relatos dos participantes, que o hospital, no qual estavam internados, oferece suporte seguro, de modo que a família mostra-se solícita quanto a um apoio primordial para a recuperação da saúde no decorrer dos cuidados paliativos. Percebeu-se, de forma impetuosa, que a presença do familiar durante o período

de diagnóstico da doença até a sua progressão para a terminalidade é de grande relevância; tal fato foi realçado pelos participantes no decorrer da pesquisa, por meio da expressão de proteção e de fortalecimento no seguimento do percurso da doença.

A importância de se conhecer e de se discutir as concepções de pacientes em terminalidade sintetiza e sinaliza a necessidade de serem adotadas estratégias de disseminação de conhecimentos destes sentimentos para os profissionais de saúde e para os familiares, a fim de proporcionar maior conforto a cada necessidade vivenciada por esses pacientes.

Vale mencionar que o estudo apresentou limitações, visto que o número de participantes não possibilitou generalizações dos fenômenos investigados e ainda por se tratar de um grupo específico de pacientes em fase de terminalidade na instituição hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). [homepage na Internet]. Palliative Care; 2018. [acesso em 20 maio 2019]. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.
2. Cosp MN, Fustero AE, Ayma DQ, Pares JJ, Fernandez MA, Aparicio AR, et al. Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Med Paliativa. 2012 [acesso em 20 maio 2019];19(1):10-16. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-paliativa-337-articulo-analisis-del-duelo-una-muestra-S1134248X11000206>>.
3. Pastrana T, Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos de Latino América. 1ª ed. Houston (TX): IAPHC Press; 2012.

4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 5ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
5. Andrade GVB. As várias faces da morte para o paciente com diagnóstico de câncer. Psicologado. 2013 [acesso em 13 ago 2019]; Disponível em: <<https://psicologado.com.br/atuacao/tanatologia/as-varias-faces-da-morte-para-o-paciente-com-diagnostico-de-cancer>>.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. [homepage na Internet]. O que são cuidados paliativos; 2018 [acesso em 10 jul 2019]. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>.
7. Nogueira FL, Sakata RK. Sedação paliativa do paciente terminal. Rev Bras Anesthesiol. 2012 [acesso em 20 jul 2019];62(4):580-592. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n4/v62n4a12.pdf>>.
8. Tepper J. Palliative care at the end of life. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2016.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 [acesso em 13 ago 2019];19(6):349-357. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>>.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União; 2012.

12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2017.
13. Silva RS, Bezerra IM, Monteiro CB, Adami F, Souza Jr HM, Abreu LC. Nurses' knowledge and practices in the face of the challenge of using the systematization of nursing care as an instrument of assistance in a first aid in Brazil. *Medicine*. 2018 [acesso em 13 jul 2019];97(33). Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=30113452>>.
14. Beauchamp TL, Childress JF. El Respeto a la autonomia. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 2002. p.113-78.
15. Jardim DMB, Bernardes RM, Campos ACV, Pimenta GS, Resende FAR, Borges CM et-al.O cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular. *Ver Baiana Saúde Pública*. 2011 [acesso em 20 ago 2019];34(4):796. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n4/a2171.pdf>>.
16. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. São Paulo: ANCP; 2012.p 337-340.
17. Luz R, Bastos DF. Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer [homepage na Internet]. São Paulo: Summus; 2019 [acesso em jul 2019]. Disponível em: <<https://www.gruposummus.com.br/indice/11134.pdf>>.
18. Mierendorf S, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J*. 2014 [acesso em 13 jul 2019];18(2):77-85. Disponível em: <<https://emcrit.org/wp-content/uploads/2010/04/1-s2.0-S0733862716300281.pdf>>.
19. Carvalho CSU. Necessária atenção à família do paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2008 [acesso em 20 jul 2019];54(1):87-96. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v01/pdf/revisao\\_7\\_pag\\_97a102.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf)>.
20. Tamaki CM, Meneguim S, Alencar RA, Luppi CHB. Care to terminal patients perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. *Invest Educ Enferm*. 2014 [acesso em 2018 nov 18];32(3):414-20. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504407>>.

21. Souza ATO, Ferreira LAM, França JRFS, Costa SFG, Soares MJGO. Cuidados paliativos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. *Rev Enferm UFPE on line*. 2010 [acesso em 13 ago 2019];4(2):840-849. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6224/5472>>.
22. Vargas MAO, Vivon J, Vieira RW, Rolim J, Ramos FRS, Ferrazzo S, et al. Redefining palliative care at a specialized care center: a possible reality? *Rev Texto Contexto Enferm*. 2013 [acesso em 05 ago 2019];22(3):637-45. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en\\_v22n3a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a09.pdf)>.
23. França JRFS, Costa SFG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na teoria humanística de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013 [acesso em 15 ago 2019];21(3):1-7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt\\_0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0780.pdf)>.
24. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina*. 2009 [acesso em 13 ago 2019];42(3):350-7. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/231>>.
25. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 [acesso em 12 ago 2019];46(3):626-32. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300014)>.
26. Correia FR, Carlo MMRP. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012. [acesso em 14 ago 2019];20(2):401-10. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200025&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200025&script=sci_arttext&tlng=pt)>.

27. Silva MMD, Lima LDS. Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 [acesso em 14 agos 2019];35(4):14-9. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt\\_1983-1447-rgenf-35-04-00014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00014.pdf)>
28. Silva SMA. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol.* 2016 [acesso em 23 jun 2019];62(3):253-257. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v03/pdf/08-artigo-opinio-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opinio-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf)>.

## ANEXO A - PARECER DO CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA FRENTE A IMPOSSIBILIDADE DE CURA

**Pesquisador:** Aretusa Delfino de Medeiros

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15184319.5.0000.5180

**Instituição Proponente:** Centro De Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.377.827

**Apresentação do Projeto:**

É uma pesquisa sobre a percepção dos pacientes que estão em cuidados paliativos de uma unidade de oncologia sob a impendência de morte. É do tipo quanti – qualitativa, será realizada no Hospital do Bem, localizado no Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Craneiro, em Patos. A população será composta por todos os pacientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos do serviço, no período de Março a Abril do ano de 2019, que estão cientes do prognóstico de sua doença, os resultados serão comparados e será realizada a análise através da técnica estatística descritiva simples.

**Objetivo da Pesquisa:**

Desvelar o conhecimento e sentimentos dos pacientes sobre a impossibilidade de cura

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e os benefícios foram adequadamente descritos, conforme preconizado na Resolução 466/12, no TCLE e no arquivo gerado na Plataforma Brasil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem delineada e observa os preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12.

**Endereço:** BR 230, Km 504

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3531-1346

**Fax:** (83)3531-1365

**E-mail:** cepfsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.377.827

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

**Recomendações:**

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências e/ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1266504.pdf	05/06/2019 11:38:08		Aceito
Outros	TCUD.pdf	05/06/2019 11:37:49	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/06/2019 11:28:09	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
Outros	TCRPRP.pdf	04/06/2019 23:18:48	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	20/05/2019 15:27:40	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	20/05/2019 15:25:58	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	20/05/2019 15:24:38	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA.jpg	06/05/2019 10:59:28	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/05/2019 09:36:35	Aretusa Delfino de Medeiros	Aceito

Endereço: BR 230, Km 504  
Bairro: Cristo Rei CEP: 58.900-000  
UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
Telefone: (83)3531-1346 Fax: (83)3531-1365 E-mail: cepfsm@gmail.com

Página 02 de 03

Continuação do Parecer: 3.377.827

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 07 de Junho de 2019

Assinado por:  
MACERLANE DE LIRA SILVA  
(Coordenador(a))



## ANEXO B - NORMAS DA REVISTA CUIDADO É FUNDAMENTAL

### FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

**FORMATO:** “.doc”;

**FOLHA:** Tamanho A4;

**MARGENS:** 2,5 cm nas quatro margens;

**FONTE:** TrebuchetMS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

**ITÁLICO:** Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

**NOTAS DE RODAPÉ:** a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

**ESPAÇAMENTO:** Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo. Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

**LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO** (incluindo referências): 1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras; 2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras; 3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

**ANÁLISE DE PLÁGIO:** A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados: - Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações; - Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol) 2. Resumo (nos 3 idiomas do título) 3. Descritores (nos 3 idiomas do título) 4. Introdução

5. Metodologia 6. Resultados 7. Discussão 8. Considerações finais/conclusão 9. Referências

**OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:**

➤ É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima; ➤ Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

**FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO:** O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação. As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e

demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA. TÍTULO Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo; Tem limite de 16 palavras; CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

**RESUMO:** Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão. Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido; Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

**DESCRIPTORES:** Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descriptor” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO; Inserir 5 descriptors, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descriptor em caixa alta; Os descriptors devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descriptors não devem aparecer no título; Para determiná-los, consultar a lista de Descriptors em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descriptor Exato”. Também poderão ser utilizados descriptors do Medical Subject Headings (MeSH) → [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo: DESCRIPTORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

**INTRODUÇÃO:** Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

**METODOLOGIA:** Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados. Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente. Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

**RESULTADOS:** Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados. Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico. Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

**DISCUSSÃO:** Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não

devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

**CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras; Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

**AGRADECIMENTOS:** Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo. Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

**REFERÊNCIAS:** As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver. Limite máximo de 30 referências; Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências; Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação; Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

**ANEXOS;** Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

**ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES:** Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos). São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos. Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula. Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3. A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências. Tabelas e quadros: Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura. Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela; Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela. Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis. Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas. O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final) Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos) Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura. Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo

separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi. O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011. Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

#### **ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS:**

1) Citação indireta ou paráfrase - Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico. Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes

2) Citação sequencial/intercalada - Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial. Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada. Exemplo: 8, 10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas - Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos. Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas - Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas. O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos. Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento - A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas. Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)